

## Experiências de Gestão Hospitalar Realizadas em Portugal: Uma Perspectiva Comparada.

Hospital Management Experiences in Portugal: A Comparative Perspective.

Gestión de Experiencias Hospital Lugar en Portugal: Una Perspectiva Comparada.

Alexandre Morais Nunes<sup>1</sup>, Andreia Afonso de Matos<sup>2</sup>

**Resumo:** Em Portugal na década de 90 foram encontrados problemas nos resultados da gestão hospitalar como o aumento de custos com a atividade, o desperdício de recursos e a baixa produção dos serviços de prestação de cuidados. Perante os fatos, o Governo foi obrigado a proceder a uma profunda reforma da gestão. Seguindo o modelo europeu da *New Public Management* foram repensadas as práticas de administração reforçando o poder e a responsabilidade dos gestores e o formato jurídico. Todas essas questões tinham como objetivo o reforço da eficiência, da produtividade, o aumento dos ganhos em saúde e da satisfação dos pacientes. No entanto, para equacionar qual o modelo a aplicar em todo o país, foram desenvolvidas experiências piloto considerando concessões a entidades privadas, o modelo de gestão integrado de cuidados hospitalares com atenção primária e ainda o modelo de gestão

empresarial. Neste artigo, faz-se uma revisão da literatura sobre cada modelo testado, com o objetivo compará-los, analisando qual a opção mais adequada à busca da eficiência. Em conclusão, verificou-se que a opção pelo modelo de gestão empresarial foi a que oferecia a melhor resposta para a melhoria dos resultados, indo de encontro as decisões políticas, que por sua vez optaram por esse modelo.

**Descritores:** Administração Hospitalar; Eficiência; Eficácia; Qualidade da Assistência à Saúde.

**Abstract:** In Portugal in the 1990s, problems were found in the results of hospital management, such as increased costs with activity, wasted resources and low production of care services. Faced with the facts, the Government was forced to undertake a thorough reform of management. Following the European model of New Public Management, management practices were rethought, reinforcing the power and responsibility

<sup>1</sup> Doutor em Administração da Saúde pelo Instituto Superior De Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa, Health Management, productivity and efficiency research no Instituto Superior Técnico da Universidade de Lisboa,

Assessor do Ministro da Saúde (Portugal). Email: alexandre.m.nunes@tecnico.ulisboa.pt.

<sup>2</sup> Doutoranda em Administração da Saúde no Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas (ISCSP) da Universidade de Lisboa. Email: matos.andreia@gmail.com

of managers and the legal format. All of these issues were aimed at increasing efficiency, productivity, increasing health gains and patient satisfaction. However, in order to determine which model to apply throughout the country, pilot experiences were developed considering concessions to private entities, the model of integrated management of hospital care with primary care and also the model of business management. In this article, we review the literature on each model tested, with the objective of comparing them, analyzing the most appropriate option to search for efficiency. In conclusion, it was verified that the option for the business management model was the one that offered the best response for the improvement of the results, going against the political decisions, which in turn opted for this model.

**Keywords:** Hospital Administration; Efficiency; Efficacy; Quality of Health Care

**Resumen:** En Portugal, en los 90 problemas que se encuentran en los resultados de la gestión de hospitales como el aumento de los costos de la actividad, con el derroche de recursos y la baja producción de los servicios de atención. Frente a los hechos, el

Gobierno se vio obligado a emprender una reforma a fondo de la gestión. Siguiendo el modelo europeo de la nueva gestión pública se han rediseñado las prácticas de gestión de refuerzo del poder y la responsabilidad de la gestión y el formato legal. Todas estas preguntas estaban dirigidas a aumentar la eficiencia, la productividad, el aumento de las ganancias en la salud y la satisfacción del paciente. Sin embargo, para equiparar el modelo a aplicar en todo el país se han desarrollado proyectos piloto teniendo en cuenta las concesiones a entidades privadas, el modelo de gestión integrada de la atención hospitalaria a la atención primaria y también el modelo de gestión empresarial. En este artículo, se trata de una revisión de la literatura de cada modelo probado con el fin de compararlos, analizando la opción más adecuada para buscar la eficiencia. En conclusión, se encontró que la elección del modelo de gestión empresarial fue el que ofreció la mejor respuesta a los mejores resultados, yendo en contra de las decisiones políticas, que a su vez han optado por este modelo.

**Palabras clave:** Administración Hospitalaria; Eficiencia; Eficacia; Calidad de la Atención de Salud

## Introdução

Em Portugal foi criado em 1979 um Serviço Nacional de Saúde que prestava cuidados de saúde a todos os cidadãos e em todas as especialidades médicas desde a atenção primária à palição <sup>(1)</sup>. Integrado no modelo social europeu, os encargos com a despesa em saúde eram maioritariamente públicos através do contributo dos cidadãos e empresas no pagamento dos seus impostos <sup>(2,3)</sup>.

Este modelo de governação da saúde tem gerado elevados custos com a prestação de cuidados de saúde que foi agravando ao longo dos anos, colocando em risco a sustentabilidade futura e como consequência a garantia de acesso a todos os cidadãos <sup>(4)</sup>. Em 1970 a despesa em saúde do país representava 2,6% do produto interno bruto (PIB), mas em 1990 esse valor passou para 6,2% e em 2014 foi de 9,2% <sup>(5)</sup>.

Além da questão financeira eram verificados outros graves problemas nos serviços hospitalares, cujos resultados eram insuficientes para responder às necessidades da população. Cada vez existiam mais pacientes em lista de espera por consulta hospitalar e cada vez mais doentes aguardavam por uma cirurgia <sup>(6)</sup>.

Nos estudos realizados à data, verificou-se que na base do aumento dos

custos com os hospitais estava a ineficiência da gestão das instituições de saúde <sup>(7)</sup>. Esta realidade não foi apenas portuguesa, mas sim transversal a todos os países europeus <sup>(8,9)</sup>. Por esta razão, foi consensual a necessidade de melhorar os resultados da prestação de cuidados de saúde, levando o Governo a repensar as suas políticas que focaram o setor hospitalar considerado um dos grandes focos de ineficiência, com o objetivo de melhorar o desempenho e a adequada gestão dos recursos <sup>(10,11,12)</sup>.

As reformas na gestão hospitalar acompanharam uma tendência europeia influenciada pela perspectiva da *New Public Management* que privilegiava práticas de gestão com maior autonomia para os gestores e maior responsabilização pelos seus atos, a prestação de contas de forma clara e pública, a introdução de mecanismos de incentivos por desempenho e a aplicação de instrumentos de gestão <sup>(13,14, 15)</sup>.

As experiências de gestão em Portugal começaram em 1995 com a concessão administrativa do Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca a um grupo privado de gestão de unidades de saúde (Amadora Sintra Sociedade Gestora) <sup>(16, 17)</sup>. Em 1998, no Hospital de São Sebastião <sup>(18)</sup> e em 2001 no Hospital do Barlavento Algarvio <sup>(19)</sup>, ainda seguindo uma tendência europeia, foi

implementado um modelo de adoção de práticas de gestão empresarial no setor público. No ano de 1999 foi testado um modelo integrado de prestação de cuidados hospitalares e de atenção primária numa mesma gestão, sendo criada a Unidade Local de Saúde de Matosinhos <sup>(20)</sup>.

Todas estas experiências tiveram uma natureza experimental em todo o processo que foi monitorado e avaliado pelo Ministério da Saúde. De uma forma geral introduziram mais autonomia para os hospitais, maior interação com os mercados, melhor relação entre os gestores e os profissionais de saúde, melhoria do desempenho da atividade assistencial e da qualidade do atendimento <sup>(21)</sup>. Na perspectiva do Governo, decorrente dos resultados seria implementado o futuro modelo de gestão do hospital público, desde que respeite os valores e os princípios fundamentais inscritos no Serviço Nacional de Saúde <sup>(21)</sup>.

### **Metodologia e métodos**

Este artigo explora os modelos de gestão hospitalar aplicados nas experiências de gestão de forma a compará-los entre si, analisando os pontos divergentes e convergentes e ponderando a opção a tomar.

A pesquisa realizada ocorreu entre setembro e dezembro de 2016 e seguiu uma metodologia qualitativa através da revisão da literatura e por isso tem dispensa de comitê de ética. Usando este método permite-nos compreender cada modelo e relacionar as suas práticas com os objetivos de promoção da eficiência, acesso e qualidade dos hospitais. Para este efeito caracterizam-se os modelos aplicados nas experiências realizadas (concessão a entidade privada, gestão empresarial e a integração de cuidados de saúde).

### **Resultados e discussão**

#### **Modelo de concessão a uma entidade privada**

A concessão de um hospital público a uma entidade privada estava prevista na Lei de Bases da Saúde na sua base XXXVI "a gestão das instituições e serviços do SNS pode ser entregue através de contratos de gestão a outras entidades" <sup>(22)</sup> realizada através de um concurso público.

Esta experiência de gestão realizou-se no Hospital Doutor Fernando da Fonseca que através de concurso público passou a ser gerido pela Amadora-Sintra Sociedade Gestora, empresa de capitais exclusivamente privados. Este contrato incluía a gestão

da unidade hospitalar, integrando a prestação de cuidados de saúde globais numa extensa área de influência com mais de 600.000 habitantes (concelhos de Sintra e Amadora) <sup>(23)</sup>.

Foi assim constituído um hospital como pessoa coletiva de direito privado com influência no setor público. No entanto, apesar de constituir uma forma de relação com o setor privado, não é sinónimo de parceria público-privada, pois segundo a legislação português, as parcerias na saúde envolvem a construção de um edifício, o que não se verificou neste caso <sup>(24,25,26)</sup>.

Na privatização da gestão dos hospitais públicos existe um processo de contratação mais complexo em que há um financiador público, o Estado e um prestador privado, a entidade que gere o hospital, o que obriga a um monitoramento rigoroso <sup>(27)</sup>. A duração deste contrato de concessão foi realizada por períodos de cinco anos, sendo a contratação negociada com a tutela realizada anualmente de acordo com a produção definida. Desta forma, o Estado se descarta da função de prestador direto e assume o papel de financiador e supervisor da prestação.

Em termos da organização da estrutura, o hospital em regime de concessão é constituído:

- Conselho de administração (órgão máximo) que é composto por uma comissão executiva, que integra um diretor-geral.

- Direção clínica e de enfermagem são constituídas por dois médicos (diretor clínico e um diretor adjunto) e dois enfermeiros (enfermeiro diretor e adjunto), respectivamente.

- Gestão intermédia garantida pelos diretores e gestores de departamentos clínicos, que têm a função de integrar a prestação de cuidados entre os vários profissionais garantindo as condições necessárias à prestação de cuidados especializados <sup>(24)</sup>.

No novo modelo de gestão foram implementadas regras de gestão privada características do setor privado com efeitos na contratação interna dos serviços, com o regime de contratação de recursos humanos, a aquisição de bens e serviços, a realização de investimentos e o recurso a instrumentos até então nunca utilizados no setor público <sup>(28)</sup>.

O recrutamento de recursos humanos foi o grande problema nesse modelo de gestão. A carência de profissionais de saúde no SNS era já escassa e a contratação da entidade

privada só poderia ser realizada com recurso ao contrato individual de trabalho a termo certo. Apesar de neste modelo haver lugar a incentivos financeiros e assim os profissionais terem maiores salários, no setor público existia a garantia de emprego sem termo, com estabilidade, e progressão na carreira. Este fator teve peso na decisão dos profissionais de saúde que integraram os quadros do hospital Amadora Sintra <sup>(23)(29)</sup>. Para resolver esta situação, registou-se por um lado um crescimento com profissionais de saúde de outros países, nomeadamente Espanha e por outro lado, foi permitida a mobilidade de funcionários da administração pública sem perder o seu vínculo ou regalias e com direito a acumular no salário os incentivos da prestação num hospital com gestão privada <sup>(23)</sup>.

O financiamento é realizado por transferências do Estado em duodécimos de um valor global acordado mediante contratualização da produção desenvolvida por linhas de atividade (internamento, urgência, cirurgia e consulta externa), sendo pago um valor adicional por produção extracontratual. Neste modelo de gestão, a aquisição de bens e serviços é realizada respeitando as regras do direito privado, com possibilidade de se fazer recurso à

contratação direta no mercado com todas as vantagens das leis da concorrência e rapidez nos processos <sup>(24)</sup>.

A remuneração em função da produção efetiva continha uma cláusula de aplicação de multas por incumprimento da produção inicialmente contratada. Numa fase inicial, para analisar para acompanhar a atividade e o cumprimento do contrato garantindo a intervenção reguladora do Estado, foram criadas agências de contratualização sob tutela do Ministério de Saúde através da Administração Regional De Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, estrutura descentralizada com poder de coordenação e gestão da atividade de saúde <sup>(23)</sup>. Em 1998 este modelo foi criticado por se considerar insuficiente para o correto monitoramento da atividade <sup>(30)</sup>. Para tornar essa tarefa mais integradora e consistente, foi constituída uma comissão externa de acompanhamento e fiscalização constituída também pela Administração Regional de Saúde, mas também por membros designados pelas prefeituras da Amadora e de Sintra e por um membro da Associação de Defesa dos Consumidores <sup>(23)</sup>.

Quando comparado com o hospital Garcia de Orta, unidade do setor público e de semelhante dimensão, verifica-se um conjunto de vantagens

deste modelo de concessão, que passam por:

- Atribuição de maior responsabilização aos órgãos de gestão que têm de gerir e responder perante os seus atos;
- Separação das funções de direção técnica e administrativa;
- A intervenção dos profissionais de saúde encontra-se limitada à área técnica;
- As regras de contratação e de aquisição de bens e serviços regem-se pelas normas de direito privado sujeitas às leis do mercado;
- Estrutura de gestão baseada em resultados, organizada em metas/objetivos e orientada para o desempenho com prémios individuais relativos aos resultados de qualidade e produção;
- Organização hierárquica, mas numa perspectiva empresarial, estruturada em departamentos cada qual com a sua responsabilidade atribuída no processo produtivo;
- Definidos objetivos e incentivos para a

contenção de despesas, ganhos de eficiência e aumento da produtividade.

No entanto, também existem desvantagens na gestão da concessão de um hospital público a uma empresa privada que se centram:

- Na gestão dos recursos humanos (dificuldade no recrutamento pela preferência por emprego público; precariedade no vínculo laboral a termo; custos adicionais pela contratação de médicos estrangeiros e várias modalidades de contratação de pessoal – contrato individual, contrato, contrato em prestação de serviços);
- No período de contrato com o Estado, que limitado a cinco anos não permite o planeamento estratégico a longo prazo nem a realização de grandes investimentos;
- Na própria gestão direcionada para a obtenção de lucro;
- Risco de aumento de custos para o Estado devido à seleção adversa e procura induzida pela oferta.

## O modelo de gestão empresarial

A natureza empresarial aplicada aos hospitais públicos foi testada no Hospital de São Sebastião em 1998 <sup>(18)</sup> e no hospital do Barlavento Algarvio em 2001 <sup>(19)</sup> como previsto na base XXXVI da Lei de Bases da Saúde.

O caráter experimental era descrito nos diplomas que criaram estas unidades empresariais e por um período de três anos, a partir do qual, qualquer decisão de cessação, prorrogação ou cessação estaria dependente de avaliação dos resultados obtidos <sup>(16,18)</sup>.

A adoção de regras da gestão empresarial a serviços públicos foi introduzida com o desenvolvimento da perspectiva da *New Public Management* iniciada no Reino Unido pela mão de Margareth Teather <sup>(31)</sup>. A aplicação deste modelo ao setor da saúde, teve como objetivo promover a modernização da gestão hospitalar com instrumentos, técnicas e métodos flexíveis e já testados na Europa em países como o Reino Unido, França, Espanha, Bélgica <sup>(6)</sup>.

Os hospitais empresa eram legalmente vistos como pessoas coletivas de direito público, dotada de autonomia administrativa e financeira <sup>(32)</sup>, sob a tutela dos Ministros da Saúde (função de orientação da prestação e responsabilização materializada na preparação dos planos, atividades e

contrato de gestão) e Finanças (relação de natureza económica e financeira) <sup>(32,33)</sup>.

Os hospitais com modelo de gestão empresarial são formados por um conjunto de órgãos sociais que incluem um Conselho Geral (órgão consultivo constituído por nomeação do Ministério da Saúde e prefeitura local), um Conselho de Administração (órgão de administração composto por dois membros executivos – diretor e administrador delegado e dois membros não executivos – diretor clínico e enfermeiro diretor), órgãos de direção técnica, órgãos de fiscalização e os órgãos de apoio técnico <sup>(19)</sup>. Está igualmente prevista a criação de órgãos de gestão intermédia, os Centros de Responsabilidade Integrada, que gerem os recursos, a atividade e os resultados num determinado departamento.

A natureza jurídica deste hospital prevê a dissolução do conselho de administração nos casos de desvio entre os orçamentos programados e a sua respetiva execução; deterioração dos resultados de produção e/ou qualidade dos serviços, sendo os seus membros exonerados <sup>(18)</sup>. Este aspeto é um aspecto fundamental para promover a boa gestão e a conduta ética e moral. É um marco na responsabilização da gestão pelos seus atos praticados.



A alteração para um modelo que integra práticas de gestão empresarial não alterou o fim ao qual os hospitais se destinam, pelo que continuaram abertos a toda a população (sem restrição do acesso ou da qualidade) e para todas as necessidades como qualquer outro hospital público da rede de cuidados do Serviço Nacional de Saúde <sup>(34)(13)</sup>. A grande diferença é que a partir do momento em que a administração assume as suas funções dispõe de um grau de autonomia da gestão elevado ao nível de um sistema de gestão empresarial, mas aplicado numa unidade hospitalar pública <sup>(7,23)</sup>.

O monitoramento é realizado pela Agência de Acompanhamento da Administração Regional de Saúde e o processo de fiscalização da atividade do hospital é realizado pela comissão de fiscalização, é constituída por três membros (dois nomeados pelo Ministro das Finanças e um pelo Ministro da Saúde). A função desta comissão é "...velar pelo cumprimento das normas estatuídas, legais, regulamentares e contratuais" através da análise da contabilidade, acompanhamento da execução financeira e da produção, na verificação do rigor do balanço e na comunicação à tutela de irregularidades praticadas pelo conselho de administração <sup>(18)</sup>. Esta comissão não

depende do conselho de administração, o que permite uma avaliação rigorosa, e isenta essencial para garantir o cumprimento de uma boa gestão de contas por parte do Conselho de Administração <sup>(35)</sup>.

As novas práticas de gestão criaram um modelo de rotura com a administração pública tradicional e incluía:

- Uma maior autonomia para os gestores;
- Utilização de instrumentos do direito privado, técnicas e métodos de gestão flexíveis;
- Promoção da transparência (demonstração pública de contas) com realização de relatórios de monitoramento mensal "*Tableau de Bord*" (que apresenta os resultados da prestação e os custos realizados) e anual "Relatório de Gestão e Contas" (resume os resultados anuais da produção, dos recursos humanos, das contas, do investimento realizado, da capacidade das instalações e oferta de cuidados disponível);
- Mecanismos de gestão típicos de mercado;

- Maior responsabilização pelos actos praticados;
- Um modelo de financiamento baseado na contratualização da atividade a realizar;
- Novos processos de contratação de recursos humanos;
- Novas regras de gestão de recursos humanos que incluíam a atribuição de incentivos <sup>(13,31,36)</sup>.

A contratação de profissionais é facilitada neste processo, evitando-se os longos e complexos processos de recrutamento passando a existir dois regimes distintos. O primeiro já utilizado em que os profissionais se regem pelas normas do setor público com uma relação jurídica de emprego público. O segundo pela implementação do contrato individual de trabalho usualmente aplicado no setor privado, mas com incentivos, categorias e carreiras idênticas às existentes no setor público. A vantagem é a facilidade de recrutamento e a rapidez do processo de seleção <sup>(13)</sup>.

A avaliação de desempenho obedece a um conjunto de indicadores definidos contratualmente e que incluem a avaliação dos profissionais de forma

individual e dos serviços em termos da produção, da qualidade e da satisfação dos utentes. Foi estabelecido um sistema de incentivos a atribuir aos profissionais que vão desde as bolsas de investigação pagas pela instituição (limitados no máximo a 80% do salário dos médicos e 15% do salário dos enfermeiros e outros profissionais) aos prémios de produtividade (limitados a um máximo de 46% do salário no caso dos médicos e de 15% dos salários dos enfermeiros e outros profissionais). O objetivo desta medida é o de potenciar a capacidade dos recursos humanos atraindo o seu maior empenho da prestação e na qualidade do serviço prestado <sup>(7)</sup>.

Note-se que este modelo apesar de compreender práticas de gestão do setor privado não se trata de uma concessão ou privatização da prestação pública da saúde pois não é constituída qualquer entidade privada como foi no caso do modelo de gestão aplicado Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca <sup>(23)</sup>.

### **Modelo de gestão integrada**

Com o objetivo de promover a articulação entre a atenção primária e os cuidados de saúde hospitalares sem perder a introdução de práticas de gestão empresarial, foi desenvolvido um modelo de gestão que integrava ambas as

prestações num mesmo Conselho de Administração, constituindo as Unidades Locais de Saúde (ULS) <sup>(23)</sup>.

Na base da motivação pela adoção deste modelo encontrava-se a necessidade de satisfazer da melhor a população em termos do acesso ao Serviço Nacional de Saúde por via da prevenção e promoção de hábitos saudáveis e por outro para a continuidade dos cuidados em caso de agravamento ou necessidade de uma atenção mais especializada. Dessa forma, as atribuições legais da ULS definiam uma "prestação global de cuidados de saúde à população da sua área de influência, diretamente através dos seus serviços ou indiretamente através da contratação com outras entidades" e ainda a função de "assegurar as atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica abrangida" <sup>(20)</sup>.

O processo experimental para o modelo de ULS foi desenvolvido em 1999 em Matosinhos, criando a Unidade Local de Saúde de Matosinhos através da integração da Hospital de Pedro Hispano e dos Centros de Saúde de Matosinhos, da Senhora da Hora, de São Mamede de Infesta e de Leça da Palmeira <sup>(20)</sup>. O dispositivo experimental foi inicialmente definido para um período de três anos e

cuja continuidade, prorrogação, cessação ou alteração seria realizada "em função da avaliação sistemática dos resultados qualitativos e quantitativos" <sup>(20)</sup>.

Esta unidade foi escolhida pelo facto de se encontrar numa área geográfica predominantemente urbana e com alguma proximidade entre as unidades de saúde, pela boa capacidade de resposta em termos da cobertura da população pelos cuidados de saúde primários, pela facilidade em recrutar recursos humanos dado ser uma zona atrativa e próxima do grande centro urbano do Porto, pela proximidade a um hospital central – Hospital de São João e pela existência de uma vasta oferta de serviços de saúde pelo setor privado e social o que permitia a realização de acordos em regime de complementaridade à prestação do SNS <sup>(37)</sup>.

A base das práticas de gestão e os objetivos são as mesmas do modelo de gestão empresarial implementado em 1998 no Hospital de São Sebastião, adaptando-se a contratualização da prestação à atenção primária <sup>(13)</sup>. O modelo de ULS integra dois níveis de cuidados numa mesma equipe de gestão, mas a negociação contratual é separada existindo termos específicos para os cuidados hospitalares e outros para a atenção primária <sup>(23,38)</sup>. Ambos os

processos de contratualização são desenvolvidos pela Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte com base nas indicações definidas pelo Ministério da Saúde <sup>(27,39)</sup>.

A criação desta unidade local de saúde para além de ser um modelo inovador na administração hospitalar tinha um segundo objetivo que era o de dar os primeiros passos para por em prática o regime legal dos sistemas locais de saúde (SLS) criados um ano antes através do Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de maio, e que tinham por princípio uma interligação entre a atenção primária, os hospitais e outros serviços e instituições de saúde públicas, privadas ou sociais numa proximidade geográfica, com o objetivo de dar continuidade aos cuidados de saúde e promover a racionalização da utilização dos recursos <sup>(39)</sup>. No entanto, no modelo de SLS as instituições mantêm os órgãos, propriedade e competências, sendo constituído um conselho coordenador.

Este modelo apesar de partilhar das práticas de gestão do Hospital de São Sebastião tem uma diferente composição dos órgãos sociais. O Conselho de Administração reflete ambos os níveis de prestação, sendo composto por uma comissão executiva (presidente e dois

vogais) e não executiva (dois diretores clínicos (um médico para os cuidados hospitalares e outro a atenção primária), um enfermeiro diretor). O Conselho Geral é representado por entidades públicas e privadas, que desenvolvem atividades direta ou indiretamente relacionadas com a saúde e também por um elemento da prefeitura <sup>(20)</sup>. A responsabilização dos órgãos de gestão é a mesma que se aplica ao modelo de gestão empresarial, respondendo os gestores pelos seus atos decorrentes do incumprimento do contrato ou por má gestão de dinheiro público.

O regime aplicável aos recursos humanos é o mesmo que se aplicou no modelo de gestão empresarial com a existência de uns profissionais com contrato individual de trabalho e de outros com relação jurídica de emprego público sem termo. Estão também previstos os prémios e incentivos <sup>(20)</sup>.

Numa avaliação realizada a este modelo de gestão, vários autores concluem que para além da articulação entre os níveis de cuidados este modelo para além de ter todas as vantagens da gestão empresarial conseguiu promover um melhor aproveitamento das instalações e equipamentos disponíveis no hospital e nos centros de saúde, promover os cuidados de saúde primários como linha da frente e porta de

entrada no SNS, gerar maiores ganhos de eficiência e efetividade e desenvolver protocolos e parcerias com outros setores (40).

Após a descrição dos vários modelos de gestão hospitalar testados em Portugal nas três experiências piloto procede-se à análise comparativa dos mesmos discutindo qual a opção mais adequada à busca da eficiência, tendo por base a análise crítica e a revisão da literatura sobre a temática.

A informação foi organizada segundo o modelo de gerência/propriedade, duração do contrato, composição dos órgãos sociais, modelo de contratação dos recursos humanos, relação com a tutela, modelo de financiamento, processo de contratualização, supervisão e monitorização.

Tabela 1 - Resultados dos modelos de gestão introduzidos nas experiências inovadoras realizadas em Portugal. Fonte: Elaboração própria

	Modelo de concessão a uma entidade privada	Modelo de gestão empresarial	Integração de cuidados de saúde
Unidades de saúde	Hospital Prof. Fernando da Fonseca	Hospital de São Sebastião Hospital do Barlavento Algarvio	ULS de Matosinhos
Forma de gestão	Concessão da gestão a entidade privada.	Natureza empresarial.	Natureza empresarial que integra centros de saúde.
Duração do Contrato	Validade de cinco anos, renovável por iguais períodos	Regime experimental com revisão programada ao fim de três anos.	Regime experimental com revisão programada ao fim de três anos.
Órgãos Sociais	Conselho de Administração; Direção geral; Direção técnica.	Conselho Geral; Conselho de Administração; Órgãos de direção técnica; Órgãos de fiscalização; Órgãos de apoio técnico.	Conselho Geral; Conselho de Administração; Órgãos de direção técnica; Comissão de fiscalização.
Contratação de pessoal	Contrato individual de trabalho	Contrato de trabalho em funções públicas Contrato individual de trabalho	Contrato de trabalho em funções públicas Contrato individual de trabalho

Tutela		Ministério da Saúde Ministério das Finanças	
Relação com a tutela	Contrato de concessão.	A tutela define as linhas orientadoras e de responsabilização econômica e financeira.	A tutela define as linhas orientadoras e de responsabilização econômica e financeira.
Financiamento	Público (prospetivo); Privado (fundos próprios)	Público (prospetivo)	Público (prospetivo)
Contratualização	Contratualização em função das atividades com Administração Regional de Saúde.	Contratos-programa negociados com a Administração Regional de Saúde.	Contratos-programa negociados com a Administração Regional de Saúde.
Fiscalização e acompanhamento	Agência de Acompanhamento Comissão de acompanhamento externo.	Comissão de fiscalização Agência de Acompanhamento dos Serviços de Saúde	Comissão de fiscalização Agência de Acompanhamento dos Serviços de Saúde

Em cada um destes modelos foram introduzidas práticas inovadoras de gestão incluídas no diploma legal que cria cada uma das unidades modelo, entre as quais destacam-se:

- No modelo de concessão da gestão ao setor privado: existe uma elevada responsabilização dos órgãos de gestão perante a entidade privada; existe uma clara separação entre as funções de administração e direção técnica; a intervenção dos profissionais está mais limitada à área técnica; baseia-se em regras de direito privado na contratação e na

aquisição de bens e serviços; dispõe e implementa um sistema de incentivos aos profissionais; aplica instrumentos do direito privado com mecanismos típicos de mercado.

- No modelo de gestão empresarial: são aplicados instrumentos de gestão privada aos hospitais públicos nomeadamente no monitoramento da gestão; implementação de centros de responsabilidade que gerem os departamentos; está prevista a avaliação de desempenho dos profissionais com aplicação de incentivos; está prevista a

dissolução do conselho de administração e a responsabilização dos gestores pelos seus atos.

- No modelo de gestão empresarial no formato de Unidade Local de Saúde: é integrada a gestão do hospital e das unidades de atenção primária; potencia a utilização dos recursos e melhora o encaminhamento dos pacientes; a contratualização com a Administração Regional de Saúde é realizada para ambos os níveis de cuidados; os órgãos sociais envolvem não apenas os profissionais de saúde, gestores, economistas mas também contam com a participação de representantes das prefeituras.

Estas experiências foram analisadas por pesquisadores independentes, pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Nacional de Administração (INA).

## Conclusões

As experiências de gestão hospitalar realizadas em Portugal entre os anos 1995 e 2001 permitiram avaliar e analisar as vantagens e desvantagens de cada modelo com o objetivo de

selecionar uma forma de gestão a aplicar no âmbito Nacional.

Neste artigo, descreveram-se cada um dos modelos testados e observou-se uma vantagem associada ao modelo de gestão empresarial cuja fundamentação destaca pontos comuns ao modelo de concessão na maior obtenção de eficiência através do maior controlo financeiro (modelo de financiamento em função da produção contratada), a flexibilidade dos instrumentos de gestão e na aquisição de bens e serviços. No entanto, no modelo de gestão empresarial pública não se verificam fenómenos de subprestação de cuidados ou desvio de utentes mais complexos, há uma maior facilidade para contratação de recursos humanos e existe uma transparência com a prestação de contas públicas que nos contratos concessão os são incluídas no relatório global das atividades da empresa e não discriminadas para a unidade hospitalar da concessão.

Dentro da gestão empresarial, a experiência de gestão integrada da Unidades Locais de Saúde de Matosinhos permite o acompanhando dos doentes desde a atenção primária reduzindo as complicações e o agravamento do estado de saúde e também facilita o encaminhamento dos pacientes. Assim, se geram poupanças

nos cuidados especializados através da aposta na prevenção e promoção da saúde.

As conclusões vão ao encontro da decisão tomada. No entanto, destaca-se que seria mais produtivo o alargamento do modelo de gestão empresarial em formato de Unidade Local de Saúde por todas as vantagens referidas. Por este motivo se recomenda em estudos futuros estudar se houve uma evolução positiva dos indicadores de saúde da população que reside nas zonas abrangidas por ULS e caso de confirma verificar os custos com os cuidados hospitalares urgentes.

#### **Bibliografia**

1. Campos A. Por um sistema de saúde mais eficiente. Cadernos de economia. 2007; 80: 9-15.
2. Campos A, Simões J. O percurso da saúde: Portugal na Europa. Coimbra: Almedina, 2011.
3. Nunes R, Rego G. Gestão da saúde. Lisboa: Prata e Rodrigues, 2010.
4. Fernandes AC. A combinação público-privado. In: Campos A, Simões J, editores. 40 anos de abril na saúde. Coimbra: Almedina; 2010. p.213-231.
5. Instituto Nacional de Estatística (INE). Conta Satélite da Saúde (2000-2012), 2014.
6. Campos A. Reformas da saúde – o fio condutor. Coimbra: Edições Almedina, 2008.
7. Barros P. Economia da saúde - conceitos e comportamentos (3ª edição). Coimbra: Almedina, 2013.
8. Folland S, Goodman A, Stano M. The economics of health and health care. New Jersey: Prentice hall, 2007.
9. Jacobs R, Smith P, Street A. Measuring Efficiency in Health Care: Analytic. Cambridge: University Press, 2006.
10. Alves A. A inovação em Gestão Hospitalar. In: Campos A, Simões J, editores. 40 anos de abril na saúde. Coimbra: Almedina; 2010. p.273 - 320.
11. Harfouche A. Hospitais transformados em empresas. Análise do impacto na eficiência: Um estudo comparativo. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas (ISCSP), 2008.
12. Harfouche A. Opções políticas em saúde. Efeitos sobre a eficiência hospitalar. Coimbra: Edições Almedina, 2012.
13. Nunes A. Reformas na gestão hospitalar: análise dos efeitos da empresarialização. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2016
14. Bilhim J. Ciência da administração. Lisboa: Universidade Aberta, 2014.



15. Fernandes AC. Hospitais: um novo modelo de gestão hospitalar. Revista XXI, Ter Opinião; 2012;1: 80-85.
16. Vaz A. Hospitais públicos portugueses. In: Simões J, editor. 30 Anos de Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado. Coimbra: Almedina; 2010. p. 297-353.
17. Portaria n.º 27/95. Diário da República n.º 9, I Série B, 8 de setembro, p. 142.
18. Decreto-Lei n.º 151/98. Diário da República n.º 130, I Série A, 5 de junho, p.1998.
19. Decreto-Lei n.º 76/2001. Diário da República n.º 49, I Série A, 27 de fevereiro p. 1089.
20. Decreto-Lei n.º 207/99. Diário da República n.º 133, I Série A, 9 de junho, p. 3290.
21. Ministério da Saúde. Saúde: um compromisso. A estratégia de saúde para o virar do século. Lisboa: Ministério da Saúde, 1999.
22. Decreto-Lei n.º 11/93. Diário da República n.º 12, I Série A, de 15 de janeiro, p.129.
23. Simões J. Retrato político da saúde - dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho. Coimbra: Livraria Almedina, 2004.
24. Instituto Nacional de Administração (INA). Avaliação comparada do Hospital Fernando da Fonseca e de Garcia de Orta. Oeiras: INA, 1999.
25. Decreto-Lei n.º 185/2002. Diário da República n.º 191, I Série A, 20 de agosto, p. 5852.
26. Decreto-Lei n.º 86/2003. Diário da República n.º 97, I Série A, 26 de abril, p.2682.
27. Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS). Um ano de governação em saúde: sentidos e significados. Relatório Primavera. Lisboa: OPSS, 2006.
28. Barros P. O mixed bang das reformas do setor da saúde pós-2002. Revista Portuguesa de Saúde Pública; 2004; 4: 51-56.
29. Tribunal de contas. Auditoria operacional ou de resultados à execução do contrato de gestão do HFF. Relatório de Auditoria n.º 46/2008. Lisboa: Tribunal de Contas, 2008.
30. Conselho de Reflexão sobre a Saúde (CRES). Recomendações para uma Reforma Estrutural. Lisboa: Ministério da Saúde, 1998.
31. Nunes AM, Harfouche AP. A Reforma da Administração Pública aplicada ao setor da saúde: a experiência portuguesa. Brasil. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde. 2015; 4: 1-8.
32. Decreto-Lei n.º 370/98. Diário da República n.º 130, I Série A, 23 de novembro, p.6361.

33. Reis V. O Sistema de Saúde Português: donde vimos, para onde vamos. In: Barros P, Simões J, editores. Livro de Homenagem a Augusto Mantas. Lisboa: Principia Lisboa; 1999.p.261-297.
34. Reis V, Falcão E. Hospital público português: da crise à renovação? Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2003; 21(2): 5-14.
35. Rego G. Gestão empresarial dos serviços públicos. Uma aplicação ao setor da saúde. Porto: Vida Económica, 2011.
36. Campos A. Hospital-empresa: crónica de um nascimento retardado. Revista portuguesa de saúde pública; 2003; 21(1): 23-33.
37. Fernandes AC. A combinação público-privado em saúde: impacto no desempenho no sistema e nos resultados em saúde no contexto português. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2015
38. Barreiro S. Referenciação e comunicação entre cuidados de saúde primários e secundários. Revista Portuguesa de Clínica Geral; 2005; 21: 545-553.
39. Decreto-Lei n.º 156/99. Diário da República n.º 108, I Série A, 10 de maio, p.2421
40. ULS - Unidade Local de Saúde de Matosinhos. Plano de atividades para o ano 2001. Matosinhos: Unidade Local de Saúde, 2000.

Recebido: 07.01.2016

Revisado: 12.02.2017

Aprovado: 10.04.2017